



**KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK/EBELİK BÖLÜMÜ DELİCİ
KESİCİ ALET YARALANMASI BİLDİRİM FORMU**



Kazaya Maruz Kalan Öğretim Elemanı/Öğrencinin

Adı Soyadı:

T.C Kimlik No:

Bölümü:

Unvanı:

Tel No:

Cinsiyet:

e-mail:

Kazaya maruz kalan kişi:

Ev Adresi

() Öğrencin:

Bölümü:

() 1. Sınıf

() 2. Sınıf

() 3. Sınıf

() 4. sınıf

() Öğretim Elemanı:

1. Olayın olduğu tarih:

7. Kazadan etkilenen vücut bölgesi:

2. Olayın olduğu saat:

() Sağ el () Sol el

3. Olayın olduğu yer:

() Sağ kol () Sol kol () Sağ göz () Sol göz

() Laboratuvar

() Sağ ayak () Sol ayak

() Hastane

() Sağ bacak () Sol bacak

() Diğer

() Sağ kalça () Sol kalça

4. Yaralanmaya neden olan faktör:

() Sağ kasık () Sol kasık () Baş () Yüz

() İğne ucu () Lam-Lamel

() Sağ karın () Sol karın () Boyun () Sırt

() Bisturi () Kırık cam malzemeler

() Sağ Göğüs () Sol göğüs

() Katater

() Diğer

5. Yaralanmaya neden olan alet bir hastanın/Öğrencinin vücut materyali ile kontamine olmuş mu?

Evet Hayır

6. 5. Sorunun cevabı evet ise hastanın kan yolu ile bulaşan bir hastalığı var mı?

HIV
 Hepatit C Diğer (Belirtiniz)
 Hepatit B

7. Kaza sonrası sağlık gözetimi gerekli mi?

Evet Hayır

8. Olay esnasında kişisel koruyucu ekipman kullanıyor muydunuz?

Evet Hayır

9. 8. Sorunun cevabı evet ise hangileri olduğunu işaretleyiniz.

Tek kat eldiven Çift kat eldiven
 Önlük Yüz maskesi
 Göz maskesi Cerrahi maske Diğer (belirtiniz)

11. Yaralanmanın şiddeti ne kadardı?

Yüzeysel Mukozal Derin

YARALANAN PERSONELİN ENFEKSİYON TAKİBİ:

Hepatit B için;

	HBs Ag	Anti HBs
Başlangıç test sonucu	<input type="checkbox"/> Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif	<input type="checkbox"/> Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Titre.....
Aşılama takvimi	1. DOZ Tarih: 2. DOZ Tarih:	3. DOZ Tarih:
Aşılama sonrası test sonucu	<input type="checkbox"/> Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif	<input type="checkbox"/> Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Titre.....

Not: 1. Kaynağın HBs Ag pozitif olduğu, yaralanan personelin Anti HBs negatif olduğu durumlarda; ilk doz aşıyla (olay anında, 1. Ayda ve 6. Ayda aşılama yapılmalı) birlikte ilk 24 saat içerisinde "Hepatit B İmmunglobulin uygulaması gerekmektedir. 2. Anti HBs pozitif ise personel Hepatit B yönünden korunuyor demektir. (takip gerekmez) 3. ve 6. Aylarda tekrar bakılmasına gerek yoktur. Personel aşısız ise; Hepatit B aşı şeması (0,1. Ve 6. Aylar) 3. Kaynağın HCV pozitif olduğu durumda; Anti HCV ve ALT; olay anında ve 6 ay sonra bakılır. Erken tanı için 4-6 hafta sonra HCV RNA bakılır.(+) çıkarsa tedavinin erken başlaması önemli, Enfeksiyon hastalıkları polikliniğine gönderilmeli. 4. Kaynağın HIV pozitif

olduğu durumda; Profilaksi başlamak için yaralanan personel enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirilmeli.

Hepatit C için;

	ANTİ HCV	ALT
Başlangıç test sonucu	() Pozitif () Negatifıu/L
4-6 hafta sonra (HCV RNA test sonucu)	() Pozitif () Negatif	
6. ay test sonucu	() Pozitif () Negatifıu/L

HIV için;

	Anti HIV
Başlangıç test sonucu	() Pozitif () Negatif
6. haftatest sonucu	() Pozitif () Negatif
3. ay test sonucu	() Pozitif () Negatif
6. ay test sonucu	() Pozitif () Negatif

Yaralanmaya Maruz Kalan Kişi

Tanık Olan Kişi

Bölüm Sorumlusu

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı:

İmza:

İmza:

İmza:

TC NO:

NOT: Hepatit B, Hepatit C ve HIV için 0,3 ve 6. Ayda elisa testi yapılması önerilmektedir.